



Landkreis Mittelsachsen
Landratsamt



Landratsamt Mittelsachsen
Abteilung Soziales
Referat SGB IX/LBlindG
Frauensteiner Straße 43
09599 Freiberg

Eingangsvermerk

Ausfüllhinweise

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. in Druckbuchstaben ausfüllen!

(*) Diese Felder müssen ausgefüllt werden.

 Weitere Informationen und Hinweise.

Antrag auf

Feststellung einer Behinderung/Schwerbehinderung nach § 69 SGB IX

Gewährung von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz

Erstantrag Änderungsantrag zum Aktenzeichen

Sehr geehrte(r) Antragsteller(in),
um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, diesen Antrag sorgfältig und vollständig auszufüllen, zu unterschreiben und uns die erbetenen Nachweise (in Kopie) zu überlassen.

Sofern vorliegend, bitten wir, uns auch vorhandene Befunde, Entlassungsberichte und andere medizinische Dokumentationen zu den angegebenen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen.

Unsere Formulare finden Sie auch auf unserer Homepage unter:
www.landkreis-mittelsachsen.de --> Bürgerservice --> Soziales/Gesundheit --> Soziales --> SGB IX.
Für eventuelle Rückfragen zum Antrag erreichen Sie uns während der Öffnungszeiten:
dienstags und donnerstags von 9 bis 12 Uhr sowie von 13 bis 18 Uhr und freitags von 9 bis 12 Uhr
telefonisch unter: 03731/799 6296 oder 6297.

1. Angaben zum Antragsteller/gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertreter

Namenszusatz, Name, Vorname(*)		ggf. Geburtsname/früherer Name(*)	
Geburtsdatum(*)	Geschlecht(*)		Staatsangehörigkeit(*)
	weiblich	männlich	Ausländische Staatsbürger und Grenzarbeitnehmer bitte Kopie Aufenthaltstitel/Arbeitslaubnis beifügen.
Straße, Hausnummer(*)		Kreis	
Postleitzahl, Ort, ggf. Stadt-, Ortsteil(*)			
telefonisch tagsüber erreichbar unter		derzeit erwerbstätig	
		ja nein	

gesetzlicher/bevollmächtigter Vertreter des Antragstellers

Namenszusatz, Name, Vorname(*) (Für minderjährige Kinder sind beide sorgeberechtigte Elternteile anzugeben.)

Anschrift (*)

Bitte fügen Sie eine Kopie des vom Amtsgericht ausgestellten Betreuerausweises bei, aus der Dauer und Umfang der Betreuung ersichtlich sind. Für Bevollmächtigte ist eine Kopie der Vollmacht einzureichen.

2. Antragsumfang

Behinderung, Grad der Behinderung (GdB), Merkzeichen, Ausweis

Ich beantrage

die erstmalige Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB), die Feststellung von Merkzeichen und die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

die Neufeststellung einer Behinderung wegen Verschlimmerung bzw. Hinzukommen von Erkrankungen, die Erhöhung des GdB, die Feststellung von Merkzeichen und die Ausstellung/Neuausstellung eines Schwerbehindertenausweises

die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Parkerleichterungen für besondere Gruppen schwerbehinderter Menschen nach der VwV zu § 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO und der sächs. VwV-Parkerleichterungen vom 13.12.2011

Merkzeichen

Infolge meiner Gesundheitsstörungen liegen meiner Meinung nach (bitte ankreuzen) die Voraussetzungen vor für:

G erheblich gehbehindert

aG außergewöhnlich gehbehindert auf die Benutzung eines Rollstuhls angewiesen

B auf regelmäßige Begleitung bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel angewiesen

H hilflos (**Bitte Angaben zur Pflegekasse auf Seite 4 beachten!**)

Pflegestufe liegt vor Pflegestufe wurde beantragt

RF wesentlich sehbehindert

wesentlich hörbehindert

behinderungsbedingt ständig an meine Wohnung gebunden ständig bettlägerig

BI blind

GI gehörlos

1. KI berechtigt, mit Fahrausweis der 2. Klasse die 1. Klasse zu benutzen.
(Gilt nur für Schwerekriegsbeschädigte nach Bundesversorgungsgesetz oder Berechtigte nach Bundesentschädigungsgesetz.)

Dieser Antrag

erstreckt sich auf alle Gesundheitsstörungen, die an Hand der ärztlichen Unterlagen nachgewiesen werden (unabhängig davon, ob die Erkrankungen im Antrag genannt werden)

beschränkt sich auf die in diesem Antrag aufgeführten Erkrankungen (Beschränkung)

Die Feststellung soll erfolgen

ab Antragseingang

rückwirkend ab und zwar aus

steuerrechtlichen Gründen rentenrechtlichen Gründen

Ich beantrage

die Gewährung/Überprüfung von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindG) wegen

Blindheit **hochgradiger Sehschwäche**

Gehörlosigkeit **Schwerstbehinderung des Kindes**

(Die Anlage BL ist hierbei zwingend auszufüllen!)

Krankenhaus- und Kurbehandlungen in den letzten 2 Jahren bzw. seit der letzten Feststellung

Behandlung von - bis	Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Kurklinik	wegen folgender/n Gesundheitsstörung/en	welcher Arzt erhielt den Entlassungsbericht

Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z.B. Gesundheitsamt, Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Vormundschaftsgericht, Sozialgericht usw. befinden sich weitere, die Gesundheitsstörung/en betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, usw.?

Name und Anschrift der Stelle	Akten-/Geschäftszeichen

Zugehörigkeit zur Kranken-/Pflegekasse

Name und Anschrift der Kranken-/Pflegekasse	Mitgliedsnummer

4. Feststellung einer anderen Behörde

Wurde bei Ihnen bereits eine Entscheidung zum Vorliegen eines dauerhaften Körperschadens (MdE/GdS/GdB) durch eine andere Behörde, Versorgungsamt, Landratsamt etc. getroffen?

nein beantragt ja und zwar

für einen anerkannten Körperschaden/ eine anerkannte Schädigungsfolge wegen	durch folgende Behörde, Versorgungsamt, Landratsamt etc. (Bitte vollständige Anschrift angeben!)
Arbeitsunfall/Berufskrankheit Schädigung nach Bundesversorgungsgesetz/ Nebengesetzen (z.B. SVG, OEG) Dienstunfall nach beamtenrechtlichen Unfallvorschriften Schädigung nach Bundesentschädigungsgesetz	

Akten-/Geschäftszeichen:

Höhe der/des festgestellten MdE/GdS/GdB:

Feststellungsbeginn:

Bitte fügen Sie eine Kopie des maßgeblichen Feststellungsbescheides der anderen Behörde bei.

5. Einwilligungserklärung

Name, Vorname(*)

Geburtsdatum(*)

Zur Feststellung der Behinderteneigenschaft (SGB IX) und der Entscheidung nach dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG) ist es erforderlich, Unterlagen beizuziehen, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand oder über gewährte Sozialleistungen geben können (§ 67a SGB X). Sollten Sie die Einwilligung zur Beiziehung der Unterlagen verweigern, kann über Ihren Antrag nach dem SGB IX/LBlindG nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden. Deshalb benötigen wir von Ihnen die nachfolgende Einwilligungserklärung.

Die Einwilligungserklärung gilt auf Dauer, kann aber jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die für das Feststellungs- und Ausweisverfahren nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) und/oder Verfahren nach dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG) zuständige Behörde im Rahmen der Bearbeitung meiner Verwaltungsverfahren von Gerichten, Behörden, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und anderen Leistungsträgern - welche ich angegeben habe oder die aus den von mir überlassenen Unterlagen ersichtlich sind - medizinische Unterlagen aller Art und Akten bezieht, die sie für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt.

Weiter bin ich einverstanden, dass von meinen behandelnden Ärzten, Psychologen, Gutachtern und Einrichtungen (auch Schulen und Werkstätten für behinderte Menschen) Auskünfte eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen werden.

Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte, Psychologen, Gutachter und Einrichtungen von anderen Ärzten, Psychologen, Gutachtern und Einrichtungen erhalten haben.

Folgende Ärzte, Psychologen und Gutachter bzw. Einrichtungen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:

Folgende Unterlagen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:

Ich bin damit einverstanden, dass die für das Feststellungsverfahren nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) und/oder Verfahren nach dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG) zuständige Behörde im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages eine Kopie des Gutachtens bezieht, welches im Rahmen

des Sozialgerichtsverfahrens beim Sozialgericht

der Betreuung zur Vorlage beim Betreuungsgericht

erstellt worden ist.

Soweit sie durch diese Erklärung nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind, entbinde ich die beteiligten Ärzte, Psychologen, Gutachter, Gerichte und Einrichtungen von Ihrer Schweigepflicht und erlaube die Erteilung von Auskünften und die Herausgabe von Unterlagen an die Verwaltungsbehörde.

Untersuchungen und Begutachtungen, die während des laufenden Verfahrens stattgefunden haben, werde ich umgehend mitteilen.

Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese Untersuchungen und Begutachtungen angefordert werden können.

Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift des/der

gesetzlichen Vertreter(s)

Bevollmächtigten

Eltern

Betreuer

Pfleger

6. Allgemeine Hinweise

Ich versichere, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können und zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.

Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, insbesondere

- eine Besserung bzw. der Wegfall der angegebenen Gesundheitsstörung/en,
- die Änderung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts, insbesondere die Aufnahme in ein Heim bei der Beantragung von Landesblindengeld, der Wegzug aus Sachsen,
- der Entzug eines ausländerrechtlichen Aufenthaltstitels,
- die Beantragung bzw. der Bezug von gleichartigen Leistungen im Sinne des LBlindG,
- die Beantragung bzw. der Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung

sind unverzüglich, ggf. unter Angabe entsprechender Nachweise mitzuteilen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass medizinische Auskünfte und Unterlagen, die die Verwaltung im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB IX und/oder LBlindG erhalten hat, nach geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden dürfen, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist. (§§ 69 Abs. 1, 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

Dieser Datenübermittlung an andere Leistungsträger kann von Ihnen widersprochen werden. Der Weitergabe kann auch noch später widersprochen werden.

Ich erhebe gegen die Datenübermittlung Widerspruch!

Die erhobenen Daten werden elektronisch gespeichert!

Als Unterlagen sind beigelegt:

Vollmacht	Anlage BL
Betreuungsurkunde/Betreuerausweis	Meldebescheinigung
Fragebogen zur Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	Bescheinigung Aufenthaltstitel
ärztliche Unterlagen	

Datum

Unterschrift des Antragstellers oder des/der

gesetzlichen Vertreter(s)

Bevollmächtigten

Eltern

Betreuer

Pfleger